

**ЗАПРОС**  
**о предоставлении медицинской документации**  
**для ознакомления в ООО «БЕЛЫЙ НОСОРОГ»**

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 2 Порядка ознакомления с медицинской документацией \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Место жительства (пребывания) пациента \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Период оказания пациенту медицинской помощи в клинике, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Номер контактного телефона (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_